



БЪЛГАРСКИ СЪЮЗ  
НА ЛЕКАРСКИТЕ  
АСИСТЕНТИ И  
ФЕЛДШЕРИТЕ



БЪЛГАРСКИ СЪЮЗ  
НА ЛЕКАРСКИТЕ  
АСИСТЕНТИ И  
ФЕЛДШЕРИТЕ

„Bulgarian association of the

physician assistants and feldshers”- (BAPAF).

гр ..... , адрес: .....  
e-mail: ..... ; тел: .....

Вх. № .....

## ЗАЯВЛЕНИЕ ЗА ВРЕМЕННО ОСВОБОЖДАВАНЕ ОТ ЗАДЪЛЖЕНИЕ ЗА ПЛАЩАНЕ НА ЧЛЕНСКИ ВНОС

Аз долоподписаният:

--

(име, презиме, фамилия)

ЕГН/ЛНЧ		Гражданство:	
Месторождение: гр./с.		Община	
Адрес :			
по местоживееене: гр./с.		код	
Област			
ул./бул.		№	П.К.
Дом. тел.	Моб илен	E-mail	
Адрес по месторабота: гр./с.		код	
Област			
ул./бул.		№	П.К.
тел.	факс	E-mail	

**УНИКАЛЕН ИДЕНТИФИКАЦИОНЕН НОМЕР / УИН /: .....**

Заявявам, че желая УС на РК на БСЛАФ гр..... временно да ме освободи от задължението да плащам членски внос за периода : .....

С едностранно волеизявление до УС на РК на БСЛАФ, на причината поради която няма да упражнявам професията на лекарски асистент, /наличие на обстоятелство/, посочено с отметка в едно от квадратчетата:

отпуск по майчинство;  временна нетрудоспособност;  други.

Дата: .....

Подпис: .....



БЪЛГАРСКИ СЪЮЗ  
НА ЛЕКАРСКИТЕ  
АСИСТЕНТИ И  
ФЕЛДШЕРИТЕ